

日本の地域医療問題と地方自治体の役割

—— 農村・過疎地域医療へのアプローチ ——

桑田 但馬*

要 旨 日本の地域医療が今や健全でないことは誰の目にも明らかである。本稿の目的は国と地方と住民（患者）の関係に着目して、過疎地域における医療問題と自治体（病院・診療所）の役割を意識しながら、地域医療の根源的な問題を明らかにし、その課題を検討するための素材を得ることである。

地域医療問題の根源は（地域）医療改革が国・地方の行財政コストの抑制（経済効率化）のための改革、患者（住民）不在・軽視の改革にあることを暫定的に提起したい。したがって、いわば目的と手段の逆転を解消し、患者主役・重視の改革を行うのである。これを踏まえると、地域医療の基本課題の一つに保健、医療、介護（福祉）の総合化があげられる。

キーワード 自治体病院・診療所、過疎地域・自治体、自治体病院再編、保健・医療・福祉の総合化

はじめに

日本の地域医療が今や健全でないことは地域で程度の違いこそあれ、誰の目にも明らかである。そして、その危機さらに崩壊が多方面から指摘されている。（地域）医療に関する研究論文、医療現場・統計などから先進諸国との比較も踏まえて学べば、一部に否定的な見解があるにしても、その深刻な状況に関する認識はおおよそ妥当であると言えよう。だとすれば、地域住民（国民）のくらしは恒常的に極度の不安に晒されることになり、（地域）医療問題の所在を明確にし、抜本的な対策を講じることは急務である。

医療従事者・研究者やジャーナリスト等の発言は膨大であるものの、地域医療に関する近年の主要な問題は必ずしも目立って分散しているわけではなく、診療報酬のマイナス改定と地方交付税の縮減、医師の絶対的不足と過重労働、自治体立医療機関の機能縮小などがあげられる。それはシステム、人材・患者、設備・施設の3つの側面から議論することができる一方で、これらの充実・確保

に対する国（政府与党、中央省庁など）の役割や責任は医療の性格を鑑みればきわめて大きい。

（地域）医療における国の役割や責任を問う場合、憲法第25条を最大の根拠にすることに誰も異論はないであろう。それは第1項で「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」、第2項で「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と謳い、いわば人間の安全保障を規定している。これに対して、地方自治体の役割や責任も重視すれば、地域医療の向上、増進に目を向けなければならない。

地域医療とは、ひとまず自治医科大学監修の『地域医療テキスト』（09年）にしたがえば、「地域住民が抱えるさまざまな健康上の不安や悩みをしっかりと受け止め、適切に対応するとともに、広く住民の生活にも心を配り、安心して暮らすことができるよう、見守り、支える医療活動」、「地域住民のための生活支援活動であり、地域医療の主人公は地域住民」（p.2）である¹⁾。したがって、

* 岩手県立大学総合政策学部 〒020-0193 岩手県滝沢村滝沢字菓子 152-52

地域住民が医療供給者と信頼関係を形成しながら地域の医療を構築していくことになり、この点で地域民主主義に深く関わる。

そして、農村医療研究（農村医学）のパイオニアである若月俊一の言葉を借りると、「医療の立場からいうならば、それは当然『地域社会』になろうし、また患者の立場からいうならば、『地域住民』でなければならぬ。そこで、医者としては、まず患者を『地域住民』としてみることから始まる。そして、さらにこれを『地域社会』の生活全体に結びつけて論ずるということになるべきであろう。」（『若月俊一の遺言—農村医療の原点—』07年、p.16～17）

このように人間の安全保障として捉えるべき医療において地域医療を位置づけ、その近年の主要な問題にとどまらず、根源的な問題を国や地方自治体の役割や責任を問いながら、主人公である地域住民（患者）からアプローチし、住民生活さらに地域社会のあり方まで見通して明らかにしていくとすれば、地域のなかでも、「過疎」と呼ばれる地域に焦点をあてることが最も望ましい。というのも、地域経済・社会の衰退が著しく、一部で崩壊がみられるからであり、この最大の要因の一つに地域医療が慢性的に乏しいことが考えられる。

本稿で過疎地域とは、いわゆる「平成の大合併」前の過疎法で過疎地域に指定されていた市町村（地域）を指すが、厳密な意味合いを持たせていない²⁾。むしろ厳しい気象・地理・地形的な条件の下で、超長期にわたって過疎化や少子高齢化が進み、高齢者の単身世帯化・低所得化も顕著になり、また民間病院・診療所がゼロないしごくわずかで、無医地区³⁾やそれに準じる地区が広範におよぶ一方で、周辺市町村を含めてごく少数の公立（自治体立）医療機関が地域医療において決定的な役割を果たすような地域を指している。

本稿の目的は国と地方と住民（患者）の関係に着目して、過疎地域における医療問題と自治体（病院・診療所）の役割を意識しながら、地域医療の根源的な問題を明らかにし、その課題を検討するための素材を得ることである。

本研究の意義は、（地域）医療を取り巻く諸環境の急速な変化や利害関係の複雑化、その需要と供給を巡る市場化と公共性の危機のなかで、さらに個人の孤立と不安（心の病）増大や生活保護受給者の急増、自殺者数の長期に及ぶ高水準といった社会の重症化のなかで、地域医療の議論の出発点を再確認あるいは再認識することができる点にある。

1. 自治体行財政からみた地域医療の状況

1-1. 自治体立病院の経営悪化

総務省『地方公営企業年鑑』によれば、2008年度で地方自治体の病院事業のうち地方公営企業法を適用する病院事業の数は665（03年度754、98年度750）で、これらの事業が有する自治体病院の数は936病院（1,003、990）で、いずれも診療所化や民間譲渡等により減少している（全国の病院数8,794⁴⁾）。経営主体別にみると、都道府県立198病院（03年度225、98年度231）、市立398病院（政令指定都市除く、288、270）、町村立193病院（317、331）などとなっている。不採算地区病院は220で、そのうち町村立が131で、6割を占める。また、救急告示病院は778で、自治体病院総数の83%に及ぶ。

一般病院は08年度891病院（03年度956）であるが、その内訳は300床以上の大規模病院295（311）、100床未満の小規模病院260（292）などで、後者の減少が大きい。前者では市立144（147）、都道府県立82（94）に対して、後者の内訳は町村立133（210）、市立86（28）などで、市町村合併の影響をかなり反映している。自治体病院の施設状況をみると、病床数は08年度22.36万床（全国の病院07年度162.0万床）、03年度23.85万床（163.2万床）、98年度23.7万床（99年度164.8万床）で、04年度以降に減少している（一般病床08年度18.78万床、03年度19.96万床）。

患者の利用状況を年延数でみると、08年度、03年度の順で、外来患者は9,990万人、1億2,992万人、入院患者は6,005万人、7,122万人、両者の合計は1億5,995万人、2億114万人（98年度

2億1千万人)である。また、病床の利用状況を示す病床利用率は73.8%、81.9%(82.9%)で、患者数と同様に、02年度あたりから大幅に減少している。病床利用率の減少の主たる理由として、一般病院の平均在院日数の短縮化、日帰り手術の増大、介護保険施設や在宅介護サービスの普及が考えられる。

損益収支の状況を見ると、08年度、03年度の順で、純損益は1,817億円の赤字(総収益3.9兆円、総費用4.2兆円)、1,013億円の赤字(4.2兆円、4.3兆円、98年度1,031億円の赤字)で、損失額の増大を示し、また、純損失(赤字)を出した病院事業の割合は70.8%、59.8%(00年度46.2%)で著増している。経常収支比率は95.5%、97.8%(98年度97.4%)、医業収支比率は88.1%、91.0%(90.1%)である。

累積欠損金は08年度2.1兆円(562事業、対事業数比84.6%)、03年度1.6兆円(569事業、75.7%)、01年度1.4兆円(98年度1.1兆円)で増大し、そして、病院経営において最も避けなければならない不良債務額は順に576億円(96事業)、742億円(95事業)、717億円(84事業、98年度649億円)となっている。

不良債務額は07年度1,186億円(114事業)であったので、08年度に急減しているが、これは08年度に03年度以降の医師不足の深刻化等により新たに発生した不良債務を長期債務に振り替え、計画的な解消を図ることができるよう「公立病院特例債」が創設され、それが発行されたことや、不良債務の解消のために一般会計からの繰入金が増額されたことによると考えられる(地方公営企業年鑑)。

資本収支の状況に関して資本的支出をみると、08年度、03年度、98年度の順で、建設改良費は2,902億円、3,793億円、5,520億円、企業債償還金は3,534億円、2,197億円、1,614億円で、前者の急減、後者の急増という明瞭な構造変化となっている。資本的支出の財源をみると、内部資金は98～03年度1,297億円(98年度)～1,717億円(02年度)で上昇傾向にあったが、04年度

1,993億円をピークに08年度1,751億円まで減少している。外部資金は98年度(6,214億円)以降減少し、06年度4,358億円となったが、07年度5,194億円、08年度4,985億円と増大し、企業債の増減に大きく規定されている。

経営状況は都道府県・市町村(立)ごと、あるいは病床規模別で異なるにしても、これまで総務省(旧自治省)から都道府県、市町村に対して地方公営企業や公立病院事業の経営基盤強化に関する通知⁵⁾がたびたびあり、他方で、地方自治体も職員給与費や職員数の縮減、材料費(薬品費他)の削減など経営努力をしてきたにもかかわらず、減価償却費(08年度2,774億円、03年度2,741億円)を考慮しても、全体として02年度あたりからかなり悪化し、安定性(安全性)や収益性に困難に直面している⁶⁾。

この理由として、先行研究にしたがえば、以下のように考えられる。医業収益の減少に相当のインパクトを与えた診療報酬のマイナス改定(引き下げ)⁷⁾とこれに深く関わる平均在院日数短縮の限界に加えて、新臨床研修制度などの影響で医師不足さらに看護師不足となり、経営悪化に陥り、病床数を縮減し、診療科を休止する。病床数に關して、とくに高齢化の進む地域にとって06年の医療制度改革における療養病床削減の影響は非常に大きい。

平均在院日数は1人当たり老人医療費(入院)、在宅等死亡率との関係で都道府県別にみて正の相関を示しているが、その短縮にとって入院患者の特性を踏まえた在宅医療(在宅ケア)や救急医療、受け皿となる(中間)施設の環境整備が不可欠となる。しかし、都市と農村のいずれも多くで貧弱であり、逆に、それでは「医療難民」問題に至る。

これまでの制度改革による医療の切り分け(細分化=医療供給側の過度の役割分担と連携の限界)と縮小(国の財源負担における非効率な領域の差別化、地方における介護・福祉の拡大)、患者負担引上げ、投薬期間の長期化も相俟って患者数が減少し、そのため診療収入が大幅減となり、無床化、閉院・所に帰結しているケースも少なく

ない⁸⁾。

自治体財政（一般会計）との関係に着目すれば、地方交付税の縮減もあげられ、これはとくに本来的に地方税源に乏しい農村的自治体の財政に多大な影響を及ぼす。一般会計からの繰出金は病院事業（会計）の性格上きわめて重要であるが、地方税のみの充当ではなく、地方交付税もある。他方、地方交付税による財源措置という形で病院事業繰出金が地方財政計画に計上されるが、いくつかの定められた経費ごとに繰出基準にもとづいて見積もられる。実際の繰出金を繰出基準どおりにするか否かは各自治体の（政策）判断によるが、この見積額（繰出基準）さらに地方交付税さえも縮減され、一般会計からの繰り出しに支障をきたしてきた。

他会計からの繰入金は99年度7,453億円（うち収益的収入分5,758億円）、03年度7,319億円（5,509億円）、07年度6,961億円（5,290億円）、08年度7,509億円（5,668億円）である。また、損益収支における繰入金の収益的収入（総収益）に占める割合は99年度13.9%、03年度13.1%、07年度13.1%、08年度14.2%である。自治体病院向け交付税措置額は99～06年度3,533～3,280億円で推移し、その繰入金に占める割合は48.0～45.1%となっている（金川佳弘『地域医療をまもる自治体病院経営分析』p.88～p.89⁹⁾。

経営の健全化だけにこだわれば、元沢内村立国保沢内病院長の増田進がかつて疑問を呈したように、赤字は、「差額ベッド料をとったり、検査をふやしたり、注射や薬を多く使えばすぐ解消できるが、村の人達にそうした余計な負担をかけていいのか」、そして、「（二、三時間待ちの）平均三分治療」にし、より多く通院してもらい、診療者数を増やせば、収支は改善するが、病院のための、医者のための地域医療となり、住民のためでなくなるのではないかと、ということになり¹⁰⁾、この限りでは、首長や議会の地域医療に対する方針（政策的優先度）も問われることになる。

こうした地域医療の原点も踏まえると、自治体

病院の経営悪化は決して正当化されるものではないが、病院サイドにみられる内部要因というよりも、医療制度改革にみるような制度的要因や、地方交付税等にみるような構造的要因に強く規定されている、という印象を持たざるを得ない。

1-2. 国民健康保険事業の危機

国民健康保険（以下、国保と略称する）は日本の社会保障の根幹である「国民皆保険」を支える公的医療保険の一つであり、地域医療の議論に不可欠である。国保の被保険者は2008年9月現在3,970万人、うち市町村国保3,610万人（07年9月現在5,110万人、平均年齢55.0歳）で、後期高齢者医療制度の創設に伴って減少したとはいえ、最多の社会保険（医療保険）である。その加入率は相対的に農村・過疎地域で高く、50%以上の町村も少なくなく、逆に（大）都市地域で低い。その国保が危機にあると言われ、これにより近年とくに「国民皆保険」の内実が強く問われている。

金子勝は論文「将来不安を取り除く福祉改革を」（『住民による介護・医療のセーフティネット』02年）で国保に関して「赤字が国民健康保険に集中して現れるところに、日本の医療保険制度の歪みがある。」「世界的に見て、市区町村単位で組織された医療保険制度という形態はきわめて例外的だ。」と指摘したうえで、「市区町村単位の保険を維持しながら、他の制度からその赤字を補填する方向」「保険料や本人負担をずらずと引き上げながら、医療や介護のサービス受給を抑制する方向」と議論を展開し、医療保険の制度分立問題を取り上げ、そして赤字救済のためのパッチワーク的改革を批判している。

齊藤慎・山本栄一・一圓光彌編『福祉財政論』（02年）は国保に関して、「以下のような問題が指摘されている」と述べる。すなわち、「①加入者の平均年齢が高いため医療費の増加が著しいこと、②低所得者の加入割合が高いため他の被保険者の負担が大きくなること、③医療費の地域格差が大きいため保険者間の負担の不均衡があるこ

と、④小規模保険者の増大により市町村国保の経営が不安定化していること、などである。

そのために、複雑な財政調整制度を取り入れ、対応を図っている。その1つは国民健康保険と被用者保険（政府管掌健康保険、組合管掌健康保険など）との間の財政調整であり、具体的には老人保健制度、退職者医療制度を挙げることができる。「もう1つは市町村国保相互間の財政調整であり、財政基盤の安定化を図るものである。」(p.80)。

国保に関する研究が多いことはいうまでもないが、ひとまず整理すると、国保事業の問題は財政赤字（歳入・加入者構造問題）、保険者の単位（市町村の是非）、保険料・医療費格差、各種保険間の関係（制度分立・財政調整問題）があげられる。本節では、近年とくに深刻になっている国保事業の赤字問題に焦点を当てる。なお、今後、国保という場合、市町村国保を指している。

国保加入者の構造の特徴は厚生労働省の「国民健康保険実態調査」を中心とする国保関連統計や先行研究などを参考にすれば、次のとおりである。国保の加入者数は1992年度前後を境に増加に転じ、その加入世帯の世帯主職業構成は65年の農林水産業42%、自営業25%（75年度32%、85年度30%）、被用者20%（31%、29%）、無職7%（8%、24%）から2007年の4%、14%、24%、55%に様変わりしている。平均所得は人口規模（保険者ベース）が小さいほど低く、また高齢者のみ世帯ではそれ以外に比して格段に低く、90年代後半以降、ほぼ一貫して低下している。

所得分布（退職世帯を除く一般世帯）をみると、200万円未満（所得なしを含む、98年度69.4%、07年度76.4%）は著増し、100万円未満（所得なしを除く、20.5%、22.4%）も増大している。課税対象世帯（一般世帯）のうち国保料の軽減世帯数の割合は98年度33.0%、07年度42.7%、減免の場合は3.7%、4.2%でいずれも増加している。これらに関わって、保険料調定額（同）の所得に対する割合は同期間、150万円未満で10%を超えていたのが、250万円未満に上昇している

（100～150万円未満階級、07年度1世帯当たり保険料13.8万円）。

こうした変化から、定年や加齢等に伴う健康保険加入者の勤め先の退職や農業・自営業の引退による新加入や構造変動とともに、バブル経済崩壊に始まる1990年代前半以降の長期に及ぶ景気停滞を理由とした、非正規雇用や失業者などの急増による加入者の増加もあったことが十分に考えられる。

こうした状況は国保保険料（税）の収納率の低下と滞納世帯数の増加を生じ、収入額の減少を加速させている可能性が高い。保険料収納率（市部＜町村部）は1990年94.2%、98年度91.8%、08年度88.4%で、大半の市町村で収納率が低下し、保険料の滞納・軽減世帯増も相俟って、国保財政が悪化し、保険料の引き上げが収納率のさらなる低下を招くという悪循環に陥っている。

被用者保険に比して国保加入者の平均年齢と1人当たり診療費は高く、他方で1世帯当たりの年間所得さらに保険料は低いという特徴があるが、数多くのルポタージュにみるように、病院で自己負担を分割払いせざるをえない、病院にさえも行けない、国保料の高い市町村を中心に負担の重みから保険料さえも支払えない加入者が少なくない。08年度に滞納は全加入世帯数のうち21%（453万世帯）にまで増加し、いわゆる「無保険」問題も顕在化している¹¹⁾。

国保事業（事業勘定）の決算状況を見ると、95年度（3,249団体）で歳入総額7.4兆円のうち保険料（税）が2.6兆円で35.3%、他会計繰入金が7.5千億円で10.1%を占める。02年度で順に9.6兆円、3.4兆円・35.3%、1.0兆円・10.7%、08年度（1,801団体）には12.7兆円、3.0兆円・24.0%、1.0兆円・8.4%である。歳出に関しては、総額の増大のなかで、95年度の保険給付費は4.9兆円（68.8%）、老人保健拠出金は1.8兆円（24.8%）で、02年度には順に5.4兆円（57.1%）、3.0兆円（32.4%）、08年度には8.3兆円（65.8%）、3.3千億円、後期高齢者支援金等1.4兆円（11.2%）である。

国保事業の収支は長年黒字であるが、再差引収支ではその逆であり、保険料（税）や国庫負担金というよりも、一般会計からの繰入れ（とくに財源補填的なもの）が非常に大きな役割を果たしている。再差引収支で、95年度黒字2,588団体（79.7%）、赤字661団体（20.3%）、02年度2,446団体（75.8%）、784団体（24.2%）、08年度1,038団体（57.6%）、763団体（42.4%）となっており、人口規模が大きくなるほど厳しく（特別区を除く）、全体をみても、悪化の一途を辿っており、09年度以降、財政基盤強化のための支援措置が拡大されている¹²⁾。（地方財政白書）

こうして国保事業の状況を整理すると、その著しい悪化を確認することができる。木村陽子（総務省地方財政審議会委員）の言葉を借りて評価すれば、「単なる市町村の軽減相当額に着目した保険基盤安定繰入金の想定を超えた範囲で、国民健康保険の財政基盤が脆弱になっている。」そして、「財政基盤の脆弱化は所得の低いワーキングプアを多く抱える大都市部や、産業構造の変化に見舞われている地方都市や郡部でますます顕著になり、この点で地域格差は強まろう。」

木村はこのための対策について、「社会保険原則を徹底して100%の収納率になったところで、また保険者規模を拡大しただけではまったく十分ではない。」と述べ、国保改革にとってその核心に迫ることができるような問題提起を行っており、傾聴に値する¹³⁾。

2. 地域医療政策の動向と公立病院改革

2-1. 「公立病院改革ガイドライン」

2-1-1. ガイドラインの目的

国の公立病院改革に関する動きは国と地方の大規模な財政構造改革を背景に、2007年度に一気に高まり、総務省は07年12月24日に「公立病院改革ガイドライン」（以下、ガイドラインと略称する）を地方自治体に通知した。ガイドラインは政府（政府与党）が社会保障改革の主要課題の一つに公立病院改革を位置付けたことに端を発するが、地方公共団体の財政の健全化に関する法律

（07年6月公布のいわゆる「財政健全化法」）を支える重要な位置を占めるようになっている。

ガイドラインは公立病院の役割を、地域に必要な医療のうち、採算性等の面から民間医療機関による提供が困難な医療を提供すること（例えば①過疎地、②救急等不採算部門、③高度・先進、④医師派遣拠点機能）とし、地域において真に必要な公立病院の持続可能な経営を目指し、経営を効率化していくことを提起している。

ガイドラインは改革の手段として、次の三点をあげている。

<1> 経営の効率化

①経営指標に係る数値目標を設定。②一般会計からの所定の繰出後、「経常黒字」が達成される水準を目途。③病床利用率が過去3年連続して70%未満の病院は病床数等を抜本的見直し。

<2> 再編・ネットワーク化¹⁴⁾

①都道府県は、医療計画の改定と整合を確保しつつ、主体的に参画。②二次医療圏等の単位での経営主体の統合を推進。③医師派遣拠点機能整備推進。病院間の機能重複を避け、統合・再編含め検討。④モデルパターンを提示。

<3> 経営形態の見直し

①人事・予算等に係る実質的権限、結果への評価・責任を経営責任者に一体化。②選択肢として、地方公営企業法全部適用、地方独立行政法人化、指定管理者制度、民間譲渡を提示。③診療所化や老健施設、高齢者住宅事業等への転換なども含め、幅広く見直し。

目貫誠（総務省自治財政局地域企業経営企画室病院事業係長（併）病院経営係長）は論文「自治体病院の改革について」（『都市問題研究』08年8月号）においてガイドラインを解説するなかで、「自治体病院の経営悪化の要因は、医師不足や診療報酬改定、医療制度の改正など自治体病院の責に起因しない外的な要因（国の責任）だとの意見もあるが、自治体病院が共倒れを回避し地域医療提供体制を維持するためには、まずは自らができることをしっかりやっていくことが重要である。」と述べている。

ガイドラインは地方自治体や公立病院に何を言わんとしているのか。公立病院を存続させなければ、民間医療機関並みの経営を実践し、大広域圏の枠組みのなかで役割分担を行い、経営形態を変更しながら機能縮小したり、低コスト化を図ったりせよ。仮にそれでも赤字が深刻になれば廃止しなさい。そうしないと自治体財政全体に悪影響が及び、現行の行政サービスを維持できなくなるということであり、改革の意図はきわめてクリアであるといつてよい。

ガイドラインは「病院財務さらに経営環境の改善ありき」で、経営指標の悪化、医療圏（広域圏）からみた医療供給（機能）、そして自治体直営という経営形態の問題を厳しく追求している点に最大の特徴がある。

伊関友伸の言葉を借りれば、ガイドラインにしたがって、「収益の改善を目指すには、激務で疲弊している医師にさらなる労働を強いることになりかねない。再編・ネットワーク化や経営形態の変更も、財務の改善の視点に偏っては、現場で働く医師の理解は得られず、医師の大量退職を招きかねない危険性がある。」¹⁵⁾

医師（数）に着目すれば、同一県内でも絶対的不足を背景に、地域（医療圏）・診療科・勤務形態の偏在が大きいと、これらで劣る地域で事態は一層深刻になる。ガイドラインは病床数が過剰であるという問題意識を強く持ったうえで、その画一的な削減に執着しており、これによって医療費が抑制され、また医師の負担が緩和されることを期待していることが明瞭に読み取れる。

ガイドラインは「住民の生活権と自治権の保障なき」健全化ガイドラインであると評価することもできる。とくに財政健全化法の「画一的な財政指標にもとづく早期健全化や自治体財政構造改革の要請は、それぞれの地域・自治体の歴史的・社会的・経済的条件にもとづく自治体のあり方や住民の生活権とぶつかる可能性が高い」¹⁶⁾ ことと大きく関わるからである。

平岡和久他編著『財政健全化法は自治体を再建するか』（08年）は財政健全化法における健全化

判断比率による統制を問題にするなかで、公立病院を独立行政法人化すれば将来負担比率のみが対象となり、指定管理者制度導入や民営化であれば対象外となることを指摘し、そして、総務省がガイドラインにおいて公立病院の経営形態の見直しを推進していることに言及し、「住民の生活権に関わる事業やサービスが自治体本体から遠ざかることになれば、それだけ公共性が確保される保証がなくなります。」と述べる。（p.26）

また、「財政健全化法を先取りした夕張市の財政再建計画策定のプロセスや公立病院改革ガイドラインをみれば国等による行政的統制の強化が突出する可能性が高いといわなければなりません。またこれまでみてきたように、住民の生活権に関わる事業やサービスが自治体本体から遠ざかることになれば、それだけ住民・議会による民主的統制から遠ざかることになります。」（p.26）と警鐘を鳴らしている。

地方自治体は病院会計、つまり病院運営において非効率あるいは浪費の解消に努め、その健全化に取り組まなければならないことはいうまでもないが、財政健全化法の下では、いわば特定の指標の数値だけで「早期健全化」さらに「再生」の対象となるので、事業の内容を十分に精査せずに、それらを避けるための病院事業になったり、さらに病院それ自体の存廃の議論にまで及び、住民生活に多大な影響を与えることが危惧される。

ガイドラインは中央政府の方針もあって、病院事業を行う地方自治体に対して、08年度内に「公立病院改革プラン」を策定し、早期に大きな成果をあげることを要請した。08年度末までにプランをまとめた地方自治体は603（策定が必要な自治体の91.9%）で、このうち11年度までに黒字化するとした病院は65%である（日本経済新聞09年4月29日）¹⁷⁾。もはや経営の内容を問わない、その黒字への病院間競争といった様相を呈している¹⁸⁾。

議会・住民の視点からみれば、例えば岩手県では従来から相当規模の病院経営改革が進められているなかで、内容の評価をひとまず脇に置くとし

でも、県医療局が改革プランにあたる「岩手県立病院等の新しい経営計画」の策定、実施を、4町村と「平成の大合併」前の2町に所在する合計6つの県立病院・診療所の無床化を計画したにもかかわらず、県議会や県民、市町村との対話（協働）の場を十分に設けずに急いだために、地域に大混乱をもたらした。

このようにガイドラインを評価すれば、農山漁村地域とくに過疎地域、つまり広大な土地（寒冷地）や急峻な山々からなり、住民が分散居住し、かつ急速に超高齢化し、また所得水準は総体的に低く、交通条件（公共交通、交通基盤等）で著しく劣る地域において多くの矛盾に突き当たることはおおよそ明らかである。公立病院は「いのち」のセーフティーネットとしての体制、つまり出生（前）から死亡（看取り）まで寄り添う体制をいつでも整えておく、という基本的な責務を果たせなくなる。

ガイドラインのような改革はとくに農村地域や過疎地域あるいはへき地における住民生活に大きな犠牲を強いることになる。地域住民は（地域）医療に関して当事者意識をしっかりとって、生活権と自治権の保障という根本から問い直し、「病院づくり」さらに「まちづくり」を展開するとともに、基本的な問題から正しく理解し、そして地域の状況に応じて、保健（健康づくり）や介護（福祉）も併せて政策的、財政的にトータルで改革プランの問題を提起していくことが望ましい。

2-1-2. 財政支援措置

ガイドラインの最後の章にあたる「財政支援措置等」は国の医療費（負担）抑制を見据えた「アメとムチの財政支援措置」¹⁹⁾であると言えるが、その冒頭で「総務省は公立病院改革が円滑に進められるよう、改革の実施に伴い必要となる経費について財政上の支援措置を講じるとともに、公立病院に関する既存の地方財政措置について所要の見直しを行う観点から、…」と述べている。

そして、「財政支援措置等」の末尾で「…②病床数に応じた普通交付税措置に際して、今後の各病院における病床利用率の状況を反映することを

検討する。これらとあわせて、過疎地等における病院及び診療所に係る地方交付税措置を充実することを検討する。」という一文がある²⁰⁾。これは総務省の下に設置された「公立病院に関する財政措置のあり方等検討会」の報告書（08年11月25日）を踏まえた国の地方財政対策を通して実現することになった。

公立病院（病院事業）に関する2009年度以降の地方財政措置において、地方交付税による措置総額として700億円の増額（08年度2,930億円比）が図られることになった。ここではその一部をあげておく。（『地方財政』09年4月号、同5月号、地方財務協会）

＜普通交付税＞

病床割単価：08年度482千円→09年度590千円程度（総額で300億円程度増）

救急告示病院分：09年度新規…総額で300億円程度

＜特別交付税＞

（過疎地に関する財政措置の充実）不採算地区病院²¹⁾（総額で80億円程度）：

① 08年度100床未満かつ市町村区域内唯一の一般病院等→09年度150床未満（100床超の病院は措置額通減方式）

② 1床当たり08年度680千円→09年度第1種1,200千円、第2種800千円…「不採算地区病院」のうち第1種は直近一般病院まで15km以上の病院、第2種は人口集中地区以外に所在する一般病院を指す²²⁾。

こうした財政措置の拡充は、とくに他会計繰入金とその基準額を上回っている公立病院（自治体病院）の財政にとって非常に大きな意義を持っており、例えば、岩手県内の自治体立病院は該当する。岩手の場合、『地方公営企業年鑑』（総務省自治財政局編）で07年度病院事業決算（全自治体病院）をみれば、他会計繰入金の基準額4,659億円に対してその実繰入額は5,290億円である（損益計算書）。

しかし、今回の措置はガイドラインにもとづく改革、つまり、経営の効率化、再編・ネットワー

ク化、経営形態の見直しを前提としていないと考えれば、今後、それらで成果を収めなければ、新規の算定方法による恩恵を享受することができないような財政措置に転ずる可能性が高く、必ずしも手放して喜べるものではない。むしろ、過渡的な措置であると考えるのが無難であろう。また、政権交代によって、それが2010年度以降にどのように扱われるのかも見えにくくなっている。地方自治体が目前の対応ばかりに追われ、中長期的な視点を持ってなくなるような状況は生じさせないようにすべきである。

2-2. 政権交代期と公立病院改革の行方

民主党の「政権政策 Manifesto2009」は、2009年8月の政権交代による鳩山政権誕生より少し前の7月に公表されたが、国民生活最優先を掲げ、小泉政権が打ち出し継続してきた、毎年度の「社会保障費2200億円削減」を行わず、さらに「医学部学生を1.5倍に増やし、医師数を先進国並みにし、看護師などの医療従事者も増員する」と高らかに謳っている。また「政策集 INDEX2009」では総医療費対GDP比のOECD平均まで引上げや勤務医の就業環境の改善があげられている。これはこれまでの財政再建ありきの国の医療構造改革に対する批判を含意していると考えられる。

この限りでは地方医療サービスや自治体病院運営に関する財政措置の充実が期待できるが、他方で、国の2010年度およびそれ以降の予算編成にかなりの影響を与えると思われる「事業仕分け」（内閣府に設置された行政刷新会議主催）において、厚労省の医師確保や救急・周産期対策の補助金等が大幅縮減、診療報酬の配分（勤務医対策他）が見直し（収入が高い診療科の見直しや開業医・勤務医の平準化他）、介護予防事業が縮減（縮減幅の明示なし）と判定され、さらに地方交付税がその対象となり、抜本的見直しという結果となるなど予断を許さない。

これに対して自治体病院の財政基盤という点で、2010年度のいわゆる「地方財政対策」の行方に注目が集まると思われるが、その概要（総務

省自治財政局09年12月25日公表）をみると、地方交付税の総額は16.9兆円で、08・09年度に続いて増加することになっている²³⁾。また、アメリカを震源地とする「世界不況」の影響により、地方税収入の大幅な減少が見込まれるので、一般財源の増減にも着目する必要があるが、それは09年度（59.1兆円）比で微増し59.4兆円で、これについても持続性の点で楽観視できないものの状況が大きく変わろうとしている。

病院事業（繰出金）の地方財政計画額の推移（01年度6,318億円、05年度6,129億円、07年度6,063億円、09年度6,783億円、10年度7,118億円）をみても増加に転じているが、僻地・不採算地区医療に関して07年度までの縮小は当てはまらず、小規模ながら充実・確保されてきた。また、病院事業に係る地方交付税措置は09・10年度に普通交付税において病床割単価が引き上げられ、特別交付税では不採算地区病院（許可病床1床当たり）、周産期医療病床、小児医療病床、救急施設に対して拡充され、財源措置が強化されている。

僻地に関しては2001年4月2日付厚生労働省医政局長通知「第9次へき地保健医療計画」（01～05年度）の実施に伴い、従来のものに加えて新たに財政支援措置を講じる01年5月21日総務省自治財政局地域企業経営企画室長通知「へき地保健医療等に対する財政支援措置について」（各都道府県総務部長宛）が発信され、それより遡れば、1993年2月15日厚生省健康政策局長・自治省財政局長通知「へき地医療等に対する財政支援措置の充実について」（各都道府県知事宛）などがあり、これまで「へき地保健医療計画」に基づいて保健・医療に対する財政措置の充実・確保が図られてきた。

といっても、多くの自治体にとって、自治体病院の運営において07年度までの地方交付税の大幅縮減、診療報酬の継続的な引き下げ、患者数の大幅減少などは財政面で深刻な影響を与えている。また、国のこれまでの医師数抑制政策²⁴⁾が最大の要因であると考えられる医師（とくに勤務医）不足のなかで、医師の招聘を実現するのに

十分な条件を用意することができずに、公的医療サービスの縮小を余儀なくされている。

こうした問題は農（山漁）村とくに過疎地域・自治体において顕著にみられ、今なお、その影響が残っている。自治体財政で地方交付税の比重は高くならざるを得ないし、そして、行政区域で唯一の医療施設（歯科診療所を除く）が自治体立の病院あるいは診療所（無床であれば夜間は無医町村になる）で、勤務医不足も都市に比して深刻であることが多いからである。

したがって、公的セクターの役割がきわめて重要になる過疎地域における自治体病院の医療サービスのあり方を巡って、それに対する財政措置、とくに地方交付税の質的向上、量的拡充は重点的かつ継続的に議論すべき課題であると言える。他方で、都道府県や市町村あるいは自治体病院の地域医療の充実・確保に対する姿勢も強く問われている。財政抑制のための医療改革にならないことがその分岐となろう。

人口が少ない町村（「平成の大合併」前の旧町村を含む）のいくらかで自治体病院・有床診療所さえなく、それが運営されている農村地域においても、医療サービスは限定的であり、また、その経済的基盤となる財源についても非常に脆弱である。地域内外の開業医あるいは公立病院との連携は避けられないにしても、それでも住民（患者）ニーズ（全てが正当化されるわけでない）に相当程度応えられないのが実状であれば、医療供給システムにおいて地方だけでなく、国の役割・責任も問われるべきであろう。

自治体病院には都道府県立や市町村立等があるので、地域の特性に応じた関係の形成が問われる。例えば、岩手県では県立病院の場合、広大な県土や農村地域、超高齢化など諸条件を踏まえて公的医療供給の多岐にわたる（サービス）内容を鑑みれば、またその保健や介護・福祉との総合化を重視すれば、市町村との相互理解なくして、県（医療局）の方針だけを持って自由に再編・縮小をしてもよい、ということには単純にならない。この点で09年4月に一斉に実施された5つの有床診

療所の無床化はその所在市町村との希薄な関係を露呈するものであったと言えよう。

岩手県のように第二次大戦後、市町村等でなく、県立病院が中心となって地域医療システムを構築し、それが貧困、豪雪、多死多病の三重苦を抱えていながら、医療水準のきわめて低い地域を広くカバーしてきた歴史をみると、そうした地域の典型であった（現在の）過疎地域において病院・診療所の再編・縮小が過度に進められているのであれば、「補完性の原則」からみて矛盾しており、公的責務の放棄、安易な改革手段であると考えられる。また、再編・縮小のための（二次）医療圏における役割分担あるいは機能区分になっているのであれば、この点についても慎重な議論があってよいのではないだろうか。

地域医療の公的サービスおよび公的施設（＝病院・診療所等）は地域住民の生命あるいは暮らしに深く関わるために、地方自治体が基本的に分担し、責任を持つべき対人サービスおよびそのインフラとして不可欠であることはいうまでもないが、それらのあり方は住民あるいは患者に対する詳細な情報公開を前提にして、供給者側（地方自治体）が彼ら・彼女らのニーズを徹底的に把握し、対話をしっかり重ねて、理解を十分に得ながら検討されなければならない。

3. 医療制度・政策に関する先行研究とその評価

3-1. 医療改革の問題と地域医療へのアプローチ

本節では前二節より議論の幅を広げ、近年の医療改革に焦点を当て、それを概観し、その主要な問題のいくつかを先行研究の整理およびその評価を通して明らかにしながら、地域医療に対する制度論・政策論的アプローチを試みたい。

社会保障あるいは介護・医療等の問題を財政社会学や政府間財政関係の視点から捉え、国の政策や現行の制度などを批判的に分析した研究のうち代表的なものとして、神野直彦・金子勝編『住民による介護・医療のセーフティネット』（02年）と神野直彦・井出英策編『希望の構想一分権・社

会保障・財政改革のトータルプランナー』(06年)があげられる。

『住民による介護・医療のセーフティネット』は社会保障に関する議論の出発点となった神野・金子編『福祉政府』への提言²⁵⁾のいわば続編であり、社会保障あるいは介護・医療等の改革が財政対策に終始し、このための改革となり、目的と手段が逆転していることを基本的な問題とする²⁶⁾。そして、「スタートしたばかりの介護保険を、実態の観察を踏まえながら体系的に検討すること」を目的とし、社会保障に位置づけて展開しているが、医療に関しても積極的に議論されている²⁷⁾。

論文「将来不安を取り除く福祉改革を」(金子)では次のように医療の根本的な改革視点が提示されている。「医療の供給体制を方向転換することである。すなわち、ターミナルとなる基幹医療機関を中心にして、官民を含めて医療や介護サービスを提供する分業体制を整えて、予防医療を理念とする地域医療体制の充実を図ることが優先されなければならないのだ。できるかぎり病気にならないように、そしてできるかぎり寝たきりや痴呆になるのを防いだり遅らせたりするのが、最も人間のかつ効率的だからである。」(p.19)

論文「医療・介護財政の制度改革」(池上岳彦)は医療費抑制至上主義の陥穽として、これまでの医療保険改革案、政府の動向(2002年度の医療制度改革)、低い日本の国民医療費を整理、批判したうえで、地域医療に関しては補完性の原理にもとづいて「都道府県が医療保険と病院の運営、地域医療の施設配置、人材の育成・確保などについて、中心的な役割を担うべきである。」と主張する²⁸⁾。

医療制度改革に関して、第一に、公的供給の拡大をあげ、「特に、民間病院が進出しにくい地域では、中核的な医療施設としての公立病院を、都道府県と関係市町村が協力して運営することが必要である。」第二に、医療保険制度の統合をあげ、「一定の移行経過措置を経て、すべての公的医療保険を都道府県レベルで一元化する。」とし、その他に、患者負担の見直しと医療保険税、診療

報酬制度とその管轄機関の改革について提言している。

『希望の構想』における論文「地方分権改革への道程」(木村佳弘・宮崎雅人)は神野らが1990年代後半以降主張してきた、メゾ・レベルの政府再編による「三つの政府」体系の確立と「ほどよい政府」の形成を踏まえて、医療分野における政府間行政任務の割り当てに関して、「医療サービスは、賃金代替的な性格として社会保障基金政府への拠出金で担われる部分と、現物給付としての部分を分けた上で、現物給付部分については地域医療計画を担ってもいる広域地方政府により、一般財源で担われるべきであろう。」(p.90)と、基本的な枠組みを提示している。

論文「体系的な社会保障制度改革」(松本淳・高端正幸)は現行の医療システムに関して、「医療保険の分立的な制度構造が生み出す弊害は明白かつ重大である。」「社会保険の体をなしていない。」(巨額の租税の投入ほか)ことをあげる。また「高齢者を現役世代とは異なる扱いでカバーするという手法も、重大な問題をはらんで」おり、医療費抑制政策と患者負担の引き上げは政府の財政危機への対応から行われていることを批判し、医療構造改革(06年)の限界を指摘している。これを踏まえたうえで、①都道府県を単位とする医療保険制度の一元化、②税方式による地方(都道府県)公共サービスとしての医療保障を提言している。

神野・金子編『住民による介護・医療のセーフティネット』と神野・井出編『希望の構想』の最大の特徴は社会的セーフティネットを再構築するために、医療サービスの供給側の問題を重視した点にあり、共通点として、①国の医療費(負担)抑制政策とこれに基づくパッチワーク的制度改革、②(地域)医療における公的保険制度と都道府県の小さな権限・役割に対する批判があげられる。

神野・金子らの研究成果を導き手にして医療全般の議論を把握し、そして、地域医療にアプローチし、最近の社会保険(運営単位・主体)の再編、

つまり地域保険化を評価すれば、国の医療費抑制（財政対策）のための地域保険化の性格が非常に強く、そこに根本的な欠陥があることを強調しなければならない。

3-2. 批判的評価

神野・金子らが、国の社会保障改革が主に財政対策となり、むしろこのための改革になっていることを一貫して批判しているのに対して、元厚生労働事務次官の辻哲夫の著書『日本の医療制度改革がめざすもの』（08年）は自ら携わった、06年の医療制度改革（以下、06年改革と呼ぶ）の分析と評価を目的とし、冒頭で「医療費の伸びをいかに適正化するかが議論の入り口として最大の論点となりました」「改革は医療費の適正化から議論が始まっています」と述べている。

06年改革は小泉純一郎内閣時代の05年12月の「医療制度改革大綱」（政府・与党医療改革協議会）を踏まえたものであり、基本的な考え方を①安心・信頼の医療の確保と予防の重視、②医療費適正化の総合的な推進、③超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現とする。その特徴は辻の説明を借りれば、以下のとおりである（p.4）。

「第一に、医療費適正化計画の体系を導入しましたが、医療費の適正化はあくまでも結果であり、まず予防を重視し国民の健康をより良くするとともに、患者の視点に立って、安全・安心で質の高い医療を確保することを実現することを通して医療費の適正化を行う考え方である」

「第二に、予防、治療、ケアを国民の幸せを第一義に置いて組み合わせ連携させるというあるべき保健医療政策の基本に立ち、都道府県単位で、医療費適正化計画と調和のとれたかたちで医療計画、介護保険事業支援計画、健康増進計画を見直し、総合的・計画的に改革を実施する」

「第三に、後期高齢者医療制度（長寿医療制度）の創設など新たな高齢者医療制度を創設するとともに、保険者を都道府県の区域に着目して再編・統合し、上記の第一および第二のことを念頭に置

いて、都道府県ごとに医療保険の保険者がそれと同じ方向に向かってその自律性を発揮していくことをめざす」

辻は「患者さんの受診時の自己負担の引き上げやマイナス改定といったいわば外部から医療費そのものの伸びを抑えるという手法をとり続けてきましたが、おのずからその手法に限度があります。」（08年、p.103）と認識し、「予防のあり方から医療のあり方までその問い直しをした結果、医療費の伸びが、よりマイルドなものになるのであれば、私はそれは正しい医療費の適正化だと思います。」（同、p.20）と述べ、何よりも予防を重視し、とくに生活習慣病対策に着目すべきであることを強調する。

このような主張は彼の論文（講演録）のいくつかでもみられる。予防の重視に関しては神野・金子らをはじめ多くの先行研究が指摘しているが、彼の議論の展開は非常に示唆に富んでいる。この限りでは、「医療費抑制ありき」でないと理解できなくもないが、正確に言えば、「医療費抑制のための生活習慣病対策」を強力に進めるスタンスであり、生活習慣病対策は実質的に中央政府の方針に大きく規定されると評価するのが妥当であろう。

06年改革は先行研究に学べば、以下のように批判することができる。第一に生活習慣病対策の推進体制の構築にとって「足元の地域」の大きな役割や保健師、管理栄養士、運動指導士、看護師など専門職の重要性があげられているが、予防は公共性が非常に高い領域であり、従来の実施主体である市町村の役割が都道府県との関係を深めながら拡大する一方で、国から地方への権限・責任や税財源の移譲はほとんど進んでおらず、地方におけるそれら専門職の不足も無視できない問題になっている。これは保健（健康づくり）だけでなく、介護でもみられた問題である。

『住民による介護・医療のセーフティネット』の「はじめに」では「介護保険の導入が、医療保険財政の赤字を取り繕うという場渡りの本音が、改革のヴェールに蔽い隠されている」と述べられ

ている。金子らの問題意識を明確にすれば、市町村が主として分担する介護保険の領域を拡大する代わりに、国が主として分担する医療保険の領域を縮小し、さらに医療の高度・専門化に伴って、それに親和的でない範疇に対する財源投入を縮減する一方で、国から地方への税財源移譲あるいは地方の税財源充実はきわめて不十分である。

これに対して「安心・信頼の医療の確保と予防の重視」の一つに「在宅医療の充実による患者の生活の質（QOL）の向上」があげられているが、これは「在宅医療」が様々な条件の整備を要することを認識しているにもかかわらず、その成否は「医師のやる気」であると述べる²⁹⁾。これでは結果的に、介護、医療のいずれの点においても、地方（足元の地域）に責任・役割の押し付けが進められるように考えられる。

第二に、08年4月から従来の老人保健法にもとづき市町村が公費（税金）で実施してきた保健事業を廃止し、保険料を主な財源に、特定健康診査と特定保健指導が市町村や健康保険組合など医療保険者に義務付けられた。両事業の実施率が目標値に達しない場合、後期高齢者支援金が増額されるペナルティがあるために、とくに目標値が高いと言われる国保（市町村）が多大な負担を余儀なくされる可能性が高い。

高齢者医療法第1条³⁰⁾に言及し、批判するまでもなく、国民の健康保持が国の医療費（負担）抑制の手段となり、保健事業が本末転倒した位置づけで実施される一方で、国保の財政悪化も予想され、その自己責任とみなされ、加入者の保険料の引上げでカバーすることになれば「国民皆保険の維持」も名ばかりとなる。

伊藤周平の著書『後期高齢者医療制度』（08年）における次の指摘は示唆に富んでいる。「これまでの老人保健事業の基本健診では、健診利用者の自己負担は、40歳以上70歳未満が3割負担、70歳以上と低所得者（住民税非課税者）については無料となっていたが、医療保険者が実施する特定健診・特定保健指導については、各医療保険者の判断に委ねられることとなった。後期高齢者の健

診も、無料から有料化されるわけだ。」「75歳以上の後期高齢者については、従来は市町村の義務であった健診の実施が義務化されず、努力義務にとどまっており、保健事業の後退が懸念される。」（p.60）³¹⁾

第三に、08年4月スタートの後期高齢者医療制度（長寿医療制度）であり、後期高齢者の自助（自己責任）の原則が過剰に重視されている。これは「老人保健制度の見直しを65歳という年金受給年齢に着目した負担の仕組みのあり方から考えるのか、国民の健康と医療のあり方から考えるのかという議論を経て、後者の観点を重視して仕組むこととされた」（p.134）と整理しているが、既に制度設計のプロセスで重大な問題が指摘され、実施とともに強い批判を受けるようになった³²⁾。

主な批判点は、①国保や健保の財政負担を軽くし、高齢者医療費を抑制するために、先進諸国でも類をみない、高齢者を年齢で区切って保険制度を別立てにする。②75歳以上の高齢者という区分で、新たに制度の対象となった多くの方々を含めて、全てがいわば「死ぬまで」保険料を支払うことになる。③急増する（後期）高齢者の多くが複数の（慢性）疾患を抱え、重症化したり、治療も長くなるなかで、後期高齢者で医療費の1割をやりくりしなければならない。

④後期高齢者の1人当たり医療費が若年者の約4倍（外来）の水準であることも相俟って、低所得者を中心に受診抑制を加速させ、早期発見・治療の点で逆効果をもたらしうる。⑤給付費に加えて保険料や窓口負担の水準がいわゆる現役世代あるいは健保組合、公務員共済のそれらにも大きな影響を与え、後期高齢者との分断を深める危険がある。⑥低所得者の保険料軽減や生活保護受給者の除外などに関して、後期高齢者間でも分断と対立を強くする危険がある。

実質的に国の医療費負担縮減、すなわち医療給付抑制や自己・患者負担（窓口負担や入院費用）増ありきを意味する医療費適正化ではなく、宇沢弘文が展開する社会的共通資本としての医療を考えるときの基本的視点³³⁾に学び、「財政を医に合

わせる」ことに立ち戻る必要があろう。

4. 自治体立病院の実態と再生課題

神野らの研究成果に対して、都道府県や市町村といった足元の地域に重点を置いて、とくに自治体立病院（経営）の豊かかつ緻密な実態調査、実務経験、いわゆる外部委員（アドバイザー）経験などを踏まえて地域医療問題を広く、深く掘り下げるとともに、医療サービスの需要側の問題も強調した研究のうち代表的なものとして、伊関友伸の著書『まちの病院がなくなる!? ―地域医療の崩壊と再生―』（07年）と『地域医療―再生への処方箋―』（09年）があげられる。

『まちの病院がなくなる!?』は自治体病院（経営）を主な研究対象にして、医療問題のうち医師不足を最も重視したうえで、これが自治体病院の経営を脅かす最大の要因の一つになっているという問

題意識を持ち、他方でそれを「行政の『お役所仕事体質』や住民の『他人任せ』の意識から生まれてくる構造的な問題ととらえ」（p. iii）、地域民主主義の向上を問おうとしている点に最大の特徴がある³⁴⁾。『地域医療』は『まちの病院がなくなる!?』の続編にあたり、現場における医療再生（とくに自治体立病院経営再生）の試みの実践報告を中心に構成されている。

伊関による自治体立病院の問題ないし課題の整理は図1（出所）伊関友伸『まちの病院がなくなる!?』（時事通信社、07年、p.19の図表1-5の転載）のとおりである。経営能力の欠如を中心的なメルクマールとし、座標平面（＝4つの象限）によって縦軸に地方自治体全体の問題と病院現場固有の問題、横軸に財政的な問題と医療の提供に関する問題が設定され、各象限に諸問題あるいは諸課題が広範にわたって示されている。

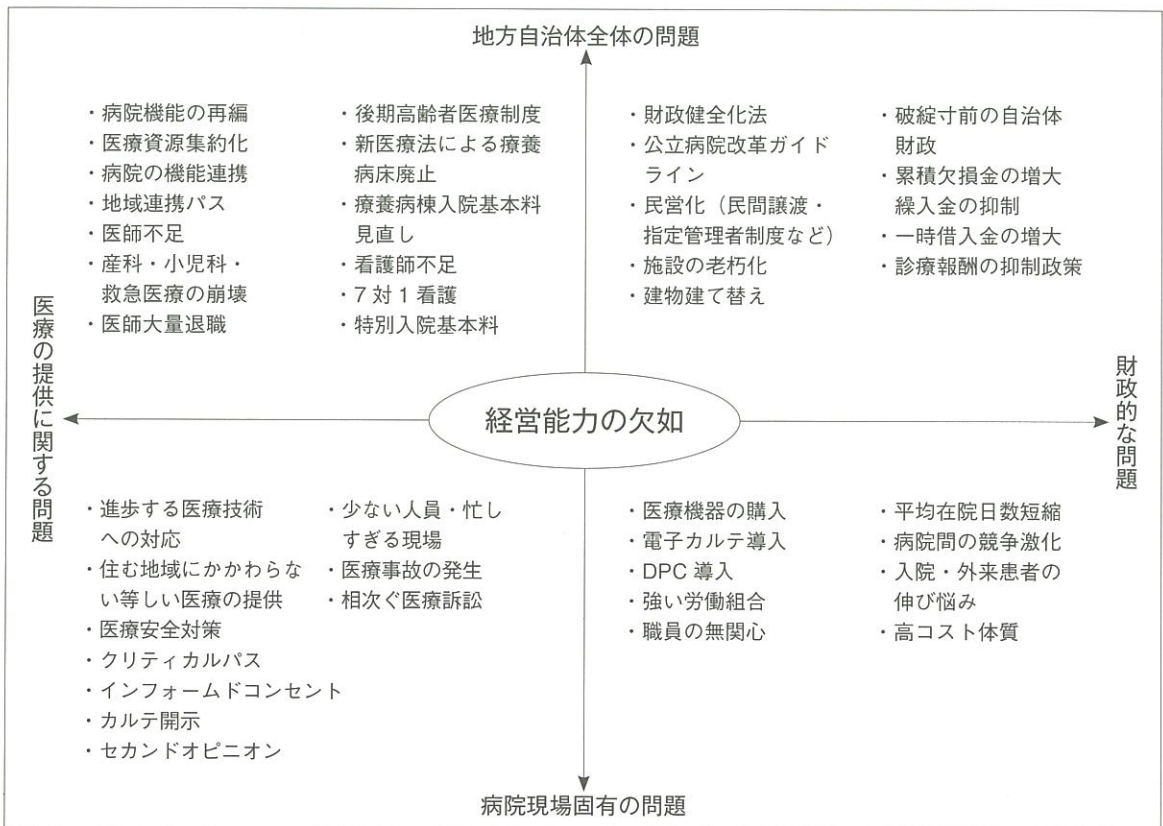


図1 自治体立病院の課題

第1象限は財政健全化法、公立病院改革ガイドライン、民営化(民間譲渡・指定管理者制度など)、累積欠損金の増大、繰入金の抑制、診療報酬の抑制政策など、第2象限は病院機能の再編、地域連携パス、医師不足、医師大量退職、後期高齢者医療制度、療養病棟入院基本料見直し、7対1看護など、第3象限は進歩する医療技術への対応、医療安全対策、クリティカルパス、カルテ開示、少ない人員・忙しすぎる現場、相次ぐ医療訴訟など、第4象限はDPC導入、強い労働組合、職員の無関心、平均在院日数短縮、入院・外来患者の伸び悩み、高コスト体質などである。

伊関が指摘する自治体病院における医師不足の要因あるいは医師退職の要因(定年除く)は「第2章医師はなぜ病院から立ち去るのか」(07年)の構成、すなわち「1新臨床研修制度の導入」「2ハードな仕事と低い報酬」「3住民(患者)や行政とのコミュニケーションの断絶」「4医師と住民(患者)の溝」を示せば、おおよそそれらのとおりである。

これらにしたがって、行政の「お役所仕事体質」や住民の「他人任せ」の意識から生まれる構造的な問題を摘出すれば、住民の受診に対するモラルハザード、医師に対する無礼な行動や発言、いわば「当事者(おらが病院・診療所)」という意識の欠如、首長・事務職サイドの医師の労働環境や諸待遇に対する配慮の欠如、医療現場(実態)を直視しない体質(国・県・議会对応と法律・規則等の重視、事務職員の短期間での人事異動)、医師とのコミュニケーション不足といったことになろう。

こうして整理すれば、社会保障としての公的医療サービスや公的医療機関の存在意義や役割(現在、今後地域にとって必要な医療)、実態などに関して、県立病院であれば県・広域圏全体ということになるし、市町村立病院・診療所であれば、それらのない周辺地域も含めて、医師・看護師等と住民(患者)・議員等と首長・事務職等の「学習」や「対話」あるいは「信頼関係」の形成を図っていくことが強く問われていると言えよう。

また、伊関は自治体病院に限らず公立病院全般において、日本の医療スタッフが献身的な努力で、安い医療費コストのなかで、フリーアクセスと一定レベルの医療の質を維持してきたことを継続しようとするれば、「国が現在の医療費縮減政策を改め、国民が必要な額の医療費を支出することを認めることと、国民がフリーアクセスを濫用せず、真に必要な場合にのみ医療を受けるという意識を持つことが必要」(07年、p.180)と考えている³⁵⁾。

自治体病院における医師不足や医師退職との関わりで他に重点が置かれているのが、それによって極度に脅かされる経営の問題(経営能力)の分析である。その根底にある問題はおおよそトップマネジメントの欠如、硬直的病棟・外来運営、形式的な組織運営、経営意識の不足、職員間のコミュニケーション不足、モチベーションの低下に整理される。

伊関は現状では自治体による病院経営に限界があり、その多くにとって従来のやり方では経営継続が困難になるということで経営改革、すなわちその柱として①経営形態(運営形態と医療提供形態)、②職員の意識の「変革」を提起するが、その前提として自治体病院の存続意義(政策目的)を問うている。

「地域の医療をすべて担うのではなく、『民間の医療と併せて』地域の安全・安心のために医療を確保することであろう。…『不採算医療・政策医療』で民間医療機関が手を出しにくいものは、行政が医療機関を整備して医療を提供せざるを得ない。」「あくまで、自治体病院は、民間の医療と併せて、地域において医療の質の維持を図ることが存在する理由であると考える。」(07年、p.125)

経営形態に関しては、「最初に経営形態の変革がありきではないことに注意をすべきだ。病院の経営形態の変革を行うことで、病院組織の意思決定の質と早さが向上し、医師や看護師など医療スタッフが働きやすく収益も上がる経営環境を実現することに意義がある。病院経営の質が向上しない経営形態の変革は意味がない(実際は、形だけ整えた経営形態の変革も多い。)」と述べられてい

る (07 年、p.135)。

『地域医療』では地方の新しい「まちの病院 (医療機関)」像が提示されている (p.227 ~ p.228)。

①医療の高度・専門化と共に地域における高齢者の増加という時代の変化に対応し、医師・看護師など限られた医療スタッフが最も効率的に働けることを意識している。②医療だけを考えず、福祉や健康づくりとの連携を考える³⁶⁾。③病院の「建物」があれば何でもできるのではなく、限られた医師数でできる医療を明確にする。④医師や看護師など医療スタッフを大事にし、スタッフが納得して働くことができる。

⑤必ずしも医療法で定められた「病院」であるとは限らない。福祉と連携し、機能向上した有床診療所や診療所間のネットワークも構築する。⑥行政は医療機関の専門性を尊重し、質の高い医療を実現するためのサポートを行う。⑦住民はお客様ではなく、「まちの病院 (医療機関)」をつくる「当事者」である。なお、これらの他にも地域での総合医・家庭医の養成 (臓器別専門医中心ではなく、人の体全体を診ることのできる医師が中心となった医療の展開) に関しても提言されている (p.232 ~ p.234)³⁷⁾。

5. 保健・医療・介護 (福祉) の総合化による改革

5-1. 地域医療と介護

地域医療が深刻な状況にあるので、その抜本的な対策を講じようとするれば、多くの先行研究が教えるように、地域住民 (患者) が主人公に位置づけられてこなかったことを指摘しておかなければならない。患者の立場から地域医療を捉えた場合、本来、保健・医療・介護 (福祉) の間で切れ目のないサービスが提供されてしかるべきであり、これは少なくない町村で先駆的に実践され、従来の研究でも課題にされてきた。本節ではこれらの一部に学びながら、地域医療の課題の一端を検討してみたい。

伊関は『まちの病院がなくなる!』『地域医療』において医療と介護の関係の問題にほとんど言及

せずに、地方の「まちの病院 (医療機関)」に必要なこととして、医療と福祉・健康づくりの一体化を強調し、そのモデルとして岩手県の藤沢町福祉医療センター (国保藤沢町民病院、老健ふじさわ、特養光栄荘など7事業を病院事業として一括し、地方公営企業法の全部適用で「統合型」運営を行っている) の医療・福祉・健康づくりの連携 (地域包括ケア) をあげている³⁸⁾。

医療と福祉・健康づくりの一体化は伊関が提示した「まちの病院」像の一つを具体的に説明したものであるが、その一体化が導出されるに至る問題把握はおおよそ張希望の杜の事例にしか見出すことができないなかで、その背景 (根源) として自治体病院崩壊の構造に言及されてきた³⁹⁾。この多くは『まちの病院がなくなる!』で述べられているが、ここでは『地域医療』において唯一介護との関係に言及した以下の点に注目したい。

「全国の地域医療崩壊の現場に入って感じることは、医療の高度・専門化と地域における高齢者の増大という、環境の変化に自治体病院や地域住民が対応できていないことである。…日々進歩し、高度・専門化する医療の流れに対応できる病院は、民間病院も含めて病院の一部であり、二極化している。地域の高齢化によって、介護が必要な高齢者は急増している。

しかし、福祉サービスが貧困であることから、本来、福祉で対応すべき高齢者の介護まで、医療が担わなければならなくなっている。住民も、医療と福祉を混同している。その一方、医学知識を学びたい多くの若い医師や看護師にとっては、高齢者ばかり入院・通院する病院は魅力的には映らない。…医療が高度・専門化する中で、必要な医師や看護師の数は多くなっている。」 (p.224)

藤沢町の事例に関してはごくわずかに言及されている程度なので、その評価はここではしないが、医療から見た介護 (福祉) との関係に関する実態把握は必ずしも十分とは言えない⁴⁰⁾。介護制度や医療制度の改革、国・地方の行財政構造改革の特徴を踏まえて、無床診療所化 (公立医療機関) の地域医療・介護への影響に関するいくつかの実態

や事例をみると、伊関とは異なる説明が可能である。

岩手県は歴史的な事情から、公立病院・診療所の比重が非常に高く、市町村立病院よりも県立病院の方が多く、過疎地域のうち県立病院のない地域の多くで町村立病院がある。このような地域医療の特徴を背景にして、2006年度から09年度までに、九戸村、住田町、紫波町、旧花泉町（一関市）、旧大迫町（花巻市）に立地する5つの県立病院を対象にして、有床診療所への変更、さらに無床診療所への変更が実施されたが、これは地域（各町村）の医療環境を一変させた。

中核・基幹病院からの早期退院者にとって在宅治療・療養するまでの一時的入院、また特養入所者や在宅介護者にとって容態悪化時の一時的入院が不可能になり、家族（自宅）や施設などの精神・肉体面あるいは人材・技術面におけるコストやリスクが著増し、行き場を失うような高齢者がみられる。

無床化への各町村（地域）の対応は様々であり、変更前の状態に戻すことを望む主張もみられるが、いわゆる医療としての「受け皿」を重視すれば、老人保健施設（中間施設）が選択肢にあげられる。しかし、民間機関（社団医療法人他）の参入（進出）がほとんど見込めない地域もあろうし、それが期待できるとしても、町村当局からみれば、事態はそれほど単純でない場合もあろう。

ハード、ソフトともに介護サービス基盤が脆弱であるなかで、特養入所者や在宅介護者の重度化、高齢化が進んでおり、また増加する年齢の高い高齢者の単身・夫婦世帯⁴¹⁾で健康に対する不安は増大するばかりで、夜間に未経験の症状が生じると、医師の診断に頼りたくなるのも無理はなく、重症の場合もあるのが実状であり、病院・診療所（有床）が担うべき役割は従来とは違う形で非常に大きい。

このような問題を踏まえて、地域医療の基本に立ち返れば、医療と介護は患者（住民）とくに高齢者の安心、安定した生活（くらし）にとって空間的にみてできる限り小さなエリアで切れ目な

く、ある程度完結できる形で存在する方が望ましい。だとすれば、両領域にみられる、いわゆる地方自治体の組織の「縦割り」、さらに県と町村、公共部門と民間部門の「壁」を取り払った連携・協力が積極的に進められるべきであろう。

過疎地域の多くにみるように、民間医療機関がゼロないしほとんどなく、公立病院・診療所（有床）が（おおよそ）唯一の医療機関である場合、その医師に何よりも要請されるのは内科系であり、専門医の性格が強いというよりも、それとは明らかに異なる一般医あるいは総合医である。軽微な手術であれば積極的に実施し、そして、トリアージ（症度判定）も行い、他方で、一時的な入院にも対応できることが最低限必要であろう。

医療と介護の関係を議論するだけでは十分でない。現状だけに捉われ過ぎると、保健（健康づくり）の過小評価が前提となる恐れがある。保健を加えた総合的なシステムの構築は主として地方自治体（地方行政）の責任であり、他方で、地方財政にとって「一般財源主義に十全に補完された自主財源主義」（金澤史男）に基づく財源システムの再編が不可欠であり、これに関して国の責任が強く問われてしかるべきである。

5-2. 地域医療と保健

保健（予防）と医療（治療）の統合モデルであれば、1940年代後半以降のJA長野厚生連佐久総合病院（長野県旧白田町）と、50年代後半以降の西和賀町立国保沢内病院（岩手県旧沢内村）、70年代以降の南魚沼市立ゆきぐに大和病院（新潟県旧大和町）などがあげられる。それらは運営主体が異なるものの、農村の地域社会・経済や地域住民の特性・特徴を踏まえて、病気予防や健康管理、在宅医療（・看護）を重視し、医師に保健師や看護師などを加えたチームワークにより献身的な実践活動を行い、医療費抑制でも大きな成果をあげ、一部で後退がみられるが、今なお地域医療のモデルとされている。

『岩手県沢内村の医療』（83年）を著した前田信雄は著書『保健医療福祉の統合』（90年）にお

いて地域保健医療の4要件を列挙している。①自治体行政とくに首長の責任と政策によって行われるものであること、②住民の参加と主体的な取り組みがあってこそ、そう呼べること、③保健と医療の総合化に向かって、保健医療従事者が組織化された役割を持つこと、④地域内諸施設が継続ケアを実現するために、経済的にもより効率的に利用される必要があること。「このことから、私は地域保健医療とは、その地域に住む住民・患者への自治体責任による総合的サービス提供」と定義づけている (p.62～p.63)。

保健の対象は医療と同様に老若男女、母子父子を問わないが、主に感染症対策あるいは個々の疾病対策(集団)から健康保持・増進(個人)に発展し、これに関わって予防が広義に捉えられたり、法制度の整備が図られるなかで、地域保健対策の強化と市町村の権限・責任の拡充のために1994年に保健所法が地域保健法に改正(97年施行)されている。法施行に伴い厚生労働大臣が策定した地域保健対策の推進に関する基本指針では社会福祉等の関連施策との連携が重視されていた。

日野秀逸が著書『医療構造改革と地域医療(新版)』(08年、p.88)で評価するように、従来の保健領域は保健所法が名実ともに様変わりした頃から縮小していった。その一方で、市町村では仕事も第一線の現業的性格(地域巡回)から、企画、調整、情報収集・整理といった後方業務、さらに公的介護保険導入(00年)を機に、同じ他の役所の部門を支援する業務に廻されることが多くなった。また、補足すれば、児童虐待や精神疾患の増大などにより、業務の範囲は飛躍的に拡大し、高度化というよりも多様化が顕著になっている。

厚生労働省の統計(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/06/kekka1.html> 他)によれば、就業保健師数は1992年2.7万人、98年3.4万人、06年4.0万人で、看護師数の伸びに劣るものの、確実に増大している。人口10万人当たり保健師数は農村的な県(06年島根県58人、山梨県57人)で多く、この点では助産師、(准)看護師も同様であるが、特徴的なのは都市的な県(大

阪府18人、神奈川県19人)との格差が非常に大きいことである。これは歴史的、政策的な要因によってもある程度説明できると考えられる。

金子勝が『住民による介護・医療のセーフティネット』において指摘するように、予防医療を理念とし、地域の社会・疾病構造の変化を踏まえて、慢性疾患の重症化を防いだり、在宅での緩和ケアやターミナルケア、訪問診療・看護を行う地域医療体制の充実を図ることが急性期診療よりも優先されなければならないにもかかわらず、その議論は著しく不足しているが、実際の現場(市町村)では、限られた人的資源のなかで、保健師はいずれの局面でも多かれ少なかれ関わっている。

地域包括支援センターは06年4月から介護保険法改正に伴い市区町村単位で設置されているが、一言でいえば、地域住民とくに高齢者の保健・医療・福祉全ての向上を担う拠点で、保健師は主任ケアマネジャー、社会福祉士などと相互連携しながら事務事業を行っている(市町村事業だが、外部委託も可能)。しかし、保健師は担当事務職員の不足もあってデスクワークが増大し、また中重度の「要介護者」を含む特定の高齢(単身・夫婦)世帯の生活支援に多くの時間を割き、住民や高齢者に対して広く向き合っていないのが実状であり、増員・養成を喫緊の課題とする一方で、役割(機能)を問い直す必要がある。

他方、保健所(都道府県)の機能の点では、広域的、専門・技術的、媒介・調整的な機能があげられるが、地域社会・経済構造の複雑化も相俟って、個別事例的な対応が多く、星旦二・麻原きよみ編『これからの保健医療福祉行政論』(08年)のように、「時代時代で要請される個別業務への対応に終始し、個別課題の対策が効果を見せ始めると、“保健所不要論”が起こってしまう。…時代を乗り越えて、地域に即した新しく効果的で効率的なモデル開発と評価を繰り返すべきであろう。」(p.48)という認識がみられる。

同書では、これからの保健所の機能の一つは、「住民の健康にとって望ましい政策を決定していくために、具体的な政策を科学的な情報に基づい

て提案し続ける」こととするが、これに関わって、地域保健法（02年改正）で明記された新業務である「情報の収集、整理、活用」や「調査研究」を取り上げれば、これらは従来から重視されながら、必ずしも十分でない。さらに、住民との距離感から言えば、各種情報の発信・提供や調査・研究成果の普及も不十分であり、公衆衛生行政の基本に立ち返ることも必要であろう。

5-3. 保健・医療・介護の総合化

—まとめにかえて—

本稿では（地域）医療の諸問題を先行研究に学びながら、制度、政策、実態など様々な側面から議論してきた。地域医療問題は複合的な要素からなり、非常に根深くなっているが、その根源は（地域）医療改革が国・地方の行財政コストの抑制（経済効率化）のための改革、そして患者（地域住民）不在・軽視の改革にあることを暫定的に提起したい。したがって、いわば目的と手段の逆転を解消し、患者（住民）主役・重視の改革を行うのである。これを踏まえると、地域医療の基本課題の一つに保健、医療、介護（福祉）の総合化があげられる。

武川正吾は論文「保健・医療・福祉の総合化の意義とその課題」（大山博・嶺学・柴田博編著『保健・医療・福祉の総合化を目指して』97年）において保健・医療・福祉の総合化が求められる理由として、①各種社会サービスの総合化が進めば進むほど、利用者に対するサービスの効果が大きくなる、②各種サービスが十分に総合化されていないと、利用者間の公正を保つことが困難となる、③供給者側にとってサービスが効率的になる（サービスの重複・過剰等の発生防止）ことをあげている。

そして、「総合化」の進展が十分見られない理由として、①医療（＝普遍主義的）と福祉（＝選別主義的）は全く別のカテゴリーのサービスであると見なされ、またそのようなものとして、供給者側はそれぞれの水準向上に努めてきたし、需要者側は福祉に関してスティグマ感を持ってきた、②（老人）医療が（老人）福祉の肩代わりを

してきた（福祉の未発達）、③供給における公共部門の「縦割り」が強く、また公民の役割分担・連携が不十分であったことがあげられている。

これらは公的介護保険制度の創設やその後の制度改革、「足元」の地域における努力や工夫をみればある程度改善されているが、依然として不十分であり、「総合化」を積極的に推進する施策を講じることができるよう、地域・自治体の保健・医療・介護（福祉）の総合的ビジョンを明確にしたうえで、制度面、設備・施設面、組織面などの阻害要因が引き続き除去されていかなければならない。そのビジョンとして旧沢内村の「生命尊重・生命行政」をあげておきたい。

旧沢内村の「生命行政」を深沢晟雄村長を中心にして詳細に調査した及川和男は著書『村長ありき一沢内村深沢晟雄の生涯一』（1984年）で以下のようにその本質を述べている。「村長が引率するという形では、それがどんなに正しいものであっても、真の住民の運動にはならない。たとえ時間がかかっても組織的に討議して、各組織をとおして全村民のものにしていくことが重要であり、そうしなければ、人間の尊厳を尊重する保健行政は成立しない。」（p.130）

保健行政の民主化と一元化によって、村ぐるみの保健活動を展開したが、この典型が村青連会長、村婦連会長、地域婦人会長、生活改良普及員などからなる保健委員会であり、そして、各地区で住民のなかから各種団体の推薦により選出される保健委員である。これに対して、保健師、医師や看護師などは積極的に地域住民（患者）や高齢者のもとに出向き、保健・医療・福祉の基本である実態把握を行うとともに、それらに関する指導や懇談などの場を設けてきた。

「民主主義とは何か、自治とは何か、そして政治の原点とは何か、ということを沢内村は教えている。そして何よりも、人間への信頼をわれわれによびさましてくる。力を合わせるならば、人間とは十分に何かをなしうるのだ、ということをおのちいさな村は身をもって証明しているのである。」（p.236）

これに対して旧沢内村は1990年代以降、村立国沢内病院の経営悪化や医師・看護師不足、患者減少などで困難を抱えており、本稿で述べてきた地域医療（行財政）問題の多くを克服できないでいる。この理由は別稿で詳細に論じたいが、簡潔に言えば、財政対策のための保健・医療・福祉改革を余儀なくされたことによる。

だからこそ、「人間の尊厳や健康さらにくらしを最優先する行（財）政」、つまり「人間（発達）のための行（財）政」である「生命行政」を問い直す必要があるし、また、旧沢内村を素材にした映画が08年、09年と相次いで封切りされ、脚光を浴びている状況をみると、その再検討が社会的に要請されているのは明らかである。

最後に今後の研究課題をあげておく。第一に、事例分析である。副題を「農村・過疎地域医療へのアプローチ」としていながら、その理論を明瞭に整理できなかったし、さらに個別の公立病院経営や医師、患者の声など実態も十分に示せなかった。この点に取り組みたい。

第二に、（公立）診療所の理論と実際を明らかにすることである。それらは農村・過疎地域医療研究にとって不可欠であり、自治体病院とは明確に異なることが想定される。伊関が指摘しているように、19床以下で診療所とする区分のあり方にまで踏み込んで議論したい⁴²⁾。

【注】

- 1) 日本の地域医療を理解するために有用な概念として、「プライマリ・ケア (Primarily Care)」あるいは「プライマリ・ヘルスケア」があげられる。世界保健機関 (WHO) のアルマ・アタ宣言 (1978年) における後者の定義を要約すると、「地域の住民が十分にアクセス可能であり、かつ科学的、社会的に受容可能な医療形態のことである。」「国の医療システムの中心的役割を果たし、かつ地域の社会的、経済的發展と密接に関連する。」「人々が最初に医療と接触する場であり、医療を人々の生活の場にできる限り近づけてくれるシステムである。」なお、「プライマリ・ケア」と同義の用語として北米の家庭医療 (Family Practice)、ヨーロッパの総合医療 (General Practice) などがある。(自治医科大学監修『地域医療テキスト』医学書院、2009年、

p.20～p.21)

- 2) 本稿では「辺地」も射程に入れている。辺地とは、交通条件および自然的、経済的、文化的諸条件に恵まれず、他の地域に比較して住民の生活文化水準が著しく低い山間地、離島その他のへんびな地域で、住民の数 (= 当該地域の中心 (= 固定資産課税台帳に登録された宅地の3.3㎡当たりの価格の最高地点) を含む5km以内の面積の中に50人以上の人口を有すること) やその他について政令で定める要件に該当しているものを指す。地域医療の分野で言えば、「僻地」がよく用いられるが、「僻地」とは交通条件および自然的、経済的、社会的条件に恵まれない山間地、離島その他の地域のうち、医療の確保が困難である地域を指す。無医地区、無医地区に準じる地区、僻地診療所が開設されている地区等が含まれる。したがって、辺地は僻地を含むような用語であると言える。
- 3) 無医地区とは、厚生労働省 (旧厚生省) の定義によると、医療機関のない地域で、当該地域の中心的な場所を起点として、概ね半径4kmの区域内に人口50人以上が居住している地域であって、かつ、容易に医療機関を利用できない地区を指す。なお、「容易に医療機関を利用できない」というのは、通常交通機関を利用して医療機関まで片道1時間超を要することが目安になる。したがって、人口50人以下であれば、無医地区の概念から漏れるということになるので、本稿ではこの点についても考慮している。
- 4) 地方公営企業年鑑では自治体病院 (地方公営企業法適用) と地方公共団体立病院を分けており、後者は地方公営企業法の適用を受けないものも含み、08年10月1日現在1,021病院で、全国8,794病院 (02年10月1日9,187) のうち11.6%を占める。
- 5) 例えば、1998年1月13日自治省財政局長通知「地方公営企業の経営基盤の強化について」、2004年4月13日総務省自治財政局公営企業課長通知 (各都道府県総務部長ほか宛) 「地方公営企業の経営の総点検について」、05年4月20日総務省自治財政局地域企業経営企画室長通知 (各都道府県総務部長ほか宛) 「自治体病院再編等推進要領について」などがあげられる。
- 6) 総務省『地方公営企業年鑑』における貸借対照表および財務分析に関する調を、99年度、03年度、08年度の順でみると、流動比率は213.5%、252.1% (07年度218.8%)、235.2%、当座比率は204.8%、243.2% (210.2%)、225.7%、固定資産対長期資本比率は86.6%、84.7%、86.2%、自己資本構成比率は30.2%、31.1%、30.5%である。
- 7) いくつかの診療報酬制度に関する研究をみると、現行体系には次のような問題があり、検討課題とされている。遠藤久夫・池上直己編著『医療保険・診療報酬制度』(勁草書房、2005年) は優れた文献の一つであるが、そのなかの遠藤久夫「診療報酬制度の理論と実際」から引用する。①診療報酬とコストが反映されていない。両者が対応しておらず、医療機関内で複数の医療サービス間で相互補助が行われている。そのことは医

- 療サービスの提供に歪みを生じさせかねない。②技術の評価方法が不十分である。③出来高払いが中心である。包括支払いとの併用が望ましいと考えられるが、現状では出来高払いのウエイトが大きい。④体系が複雑である。
- 8) 日野秀逸は過大施設投資も指摘している。「バブル崩壊後に政府が行った公立病院への過大施設投資であり、1993年に標準単価上限枠を取り払い、根拠の無い無駄な過大投資に道を開いたもので、いずれも政府の政策的誤りが根本にある。」国の景気対策に伴う地方動員が典型例であり、後年度における減価償却費の増加が経営悪化の一因になったといえる。『民主党の医療政策は私たちのいのちを守るのか?』自治体研究社、2010年、p.49)
 - 9) 自治体病院事業(市町村立)の普通交付税措置として1床当たりの交付税をみると、1997年度742千円、01年度592千円、03年度506千円、05年度519千円、06年度489千円、07年度495千円である。特別交付税措置として病床割をみると、例えば不採算地区病院は97年度599千円、01年度663千円、03年度663千円、04年度636千円、05年度544千円、06・07・08年度680千円である。なお、09年度には周産期医療病床と小児医療病床の措置単価も大幅増となっている。
 - 10) 増田進「『住民の生命を守る村』自戦記——『沢内生命行政』哲学とその実践——」(太田祖電・増田進他『沢内村奮闘記——住民の生命を守る村——』あけび書房、1983年)
 - 11) 木村陽子は論文「ワーキングプアに対する医療保障のあり方を考える」(『都市問題』2007年9月号、東京市政調査会)で以下のことを、事例をあげて説明している。国保料納入者で給与収入が低い場合、「給与収入-国保料」が居住地や世帯人員が同じとすれば、生活保護の住宅扶助と生活扶助の合計水準を下回ることがあり、医療扶助を考慮するまでもなく、生保受給からの自立がかえって生活を厳しくするし、また職域の健康保険が適用されるケースと比較して保険料が高く、この場合、健保から国保に変わるような事態になれば、負担が増し、生活が厳しくなる。
 - 12) 国保給付費の財源に関して、いわゆる「三位一体改革」の一環として、保険基盤安定制度における都道府県負担割合が1/4から3/4に変更され、国庫負担が廃止されるとともに、新たに都道府県財政調整交付金が創設され、都道府県が財政調整を行うことになった。この交付金は都道府県ごとに給付費等(老健拠出金、介護納付金を含む)の7%とする。給付費に対する定率国庫負担割合を40%から34%、さらに国の財政調整交付金を10%から9%に縮小し、国庫負担額で約7千億円を減らす改革(地方への税源移譲とのセット)が行われた。国庫負担の縮小は今に始まったわけではなく、1980年代なかば以降、継続的に実施されているが、その水準には議論の余地がある。
 - 13) 木村陽子、前掲論文「ワーキングプアに対する医療保障のあり方を考える」
 - 14) 目貫誠(総務省)は論文「自治体病院の改革について」において、「再編・ネットワーク化の際に問題となるのは、サテライト化される病院・診療所の医療機能の低下である。確かに病院が所在している地域住民によっては医療機能の低下は深刻な問題であり、道路整備網が発達したとはいえ、高齢者の通える医療機関の縮小は課題である。」「基幹病院に患者が集中する一方、サテライト化された病院・診療所では基幹病院からの医師派遣がスムーズに行われず、医師確保が困難な状況にある。数々の課題はあるが、近年の自治体病院の厳しい経営状況や道路整備の進展、さらには医師確保対策の必要性を踏まえると、中小の自治体病院が共倒れすることを防ぎ、地域全体に必要な医療を確保していくためには、再編・ネットワーク化を進めていくことが必要である。」と述べている。
 - 15) 伊関友伸『地域医療——再生への処方箋——』(ぎょうせい、2009年、p.28)
 - 16) 平岡和久・森裕之・初村尤而編著『財政健全化法は自治体を再建するか』(自治体研究社、2008年、p.ii)。同書では財政健全化法において健全化の対象が普通会計以外にも及んでいることについて、「一般会計等とそれ以外の公営事業会計、公社、第三セクターなどとの関連を考慮すること自体は必要ですが、公営事業や公社・第三セクターなどについては、それぞれの性質にしたがって、公共的目的を果たしながら財政健全性を確保するための財政情報開示と統制のあり方を検討しなければならないのです。」(p.16)と指摘されている。これを敷衍すると、公営事業(公営企業)のなかでも自治体病院事業とその他の事業は性質で大きく異なる。
 - 17) 地方における公立病院改革計画の策定状況は09年度末現在、対象となる656団体のうち650団体(99.1%)である(日本経済新聞2010年5月27日)。
 - 18) 岩手県保健福祉部『岩手県公立病院改革推進指針』(09年1月)は県内では「医療圏ごとに中核的な県立病院を中心とするネットワークが形成されており、『公立病院改革ガイドライン』で想定している同一地域に機能が重複する公立病院が並存したり、民間病院と競合したりする例は多くない。」(資料編)と言及しておきながら、ガイドラインの基本的なスタンスを踏襲し、さらに市町村立病院についても個別に改革案を提起している。
 - 19) 金川佳弘が著書『地域医療をまもる自治体病院経営分析』(自治体研究社、2008年)でガイドラインの「公立病院改革に関する財政措置」を「アメとムチ」と表現し、その詳細を展開している。(p.41～p.44)
 - 20) 「ガイドライン」の「第4財政支援措置等」における「2公立病院に関する既存の地方財政措置の見直し」の「(2)公立病院に関する地方財政措置の重点化」では、「公立病院に関する地方財政措置のうち、①今後の病院施設等の整備費について病院建物の建築単価が一定水準を上回る部分を普通交付税措置対象となる病院事業債の対象から除外すること及び②病床数に応じ

た普通交付税措置に際して、…。これらとあわせて、過疎地等における病院及び診療所に係る地方交付税措置を充実することを検討する。」とある。「これらとあわせて」とある限り、その前文とのセットが条件になるように読み取れる。

- 21) 「不採算地区病院」とは、病床数 100 床未満（感染症病床を除く）または 1 日平均入院患者数 100 人未満（感染症の患者を除く）であり、かつ 1 日平均外来患者数 200 人未満である一般病院のうち、当該病院の所在する市町村内に他に一般病院がないもの、または所在市町村の面積が 300km² 以上で他の一般病院の数が 1 に限られるものをいう。なお、総務省自治財政局「公立病院に関する財政措置の改正要綱」（2008 年 12 月）では公立病院に関する 09 年度以降の地方財政措置の改正があげられているが、例えば、「不採算地区病院」の適用要件は、規模要件で「病床数 150 床未満」に、地域要件で第 1 種（「直近の一般病院までの移動距離が 15km 以上となる位置に所在すること」と）と第 2 種（直近の国勢調査における「人口集中地区」以外の区域に所在すること（「第 1 種」該当病院を除く））に分けられ、緩和されている。
- 22) 総務省自治財政局「公立病院に関する財政措置の改正要綱」では「過疎地における施設整備費に係る財政措置」として、過疎法に基づく過疎地域において行われる診療施設の整備に充当される過疎対策事業債の償還年限（現行最長 12 年）および「辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律」に基づく辺地において行われる診療施設の整備に充当される辺地債の償還年限（現行最長 10 年）をそれぞれ最長 30 年（利率見直し方式の場合）に延長すると述べられている。
- 23) 2010 年度の臨時財政対策債を含めた（実質的な）地方交付税は 24.6 兆円で、08 年度 18.2 兆円、09 年度 21.0 兆円に続いて増加している（07 年度 17.8 兆円）。一般財源（地方税、地方交付税、臨時財政対策債、地方譲与税、地方特例交付金等）の総額は 06 年度 58.7 兆円、07 年度 59.2 兆円、08 年度 59.9 兆円である。
- 24) 日野秀逸は自らの著書の多くで、医師数（人口千人・10 万人当たり）の OECD 平均との格差が 1960 年代以降、拡大していることを踏まえたうえで、医師不足の最大の要因を政府の医師養成数抑制とし、これは 1982 年に財界主導の「臨調・行革」路線の下で「医師養成数抑制」の閣議決定に始まり、政策目的として医師の質の低下を防ぐことが掲げられてきたが、主として医師数増大が医療費増大を引き出すのを防ぐことであつたと批判している。（『医療構造改革と地域医療』自治体研究社、2006 年、『医療構造改革と地域医療（新版）』同、08 年、『民主党の医療政策は私たちのいのちを守るか？』同、10 年）
- 25) 神野直彦・金子勝編『福祉政府』への提言（岩波書店、1999 年）の問題意識は「序章福祉を拡大する政府体系——現状批判と問題意識——」から引用すれば次のとおりである。「現行の社会保障制度改革の目的は、少子・高齢化が進んでも社会保障負担が増大しないようにするという財政対策だけに絞られている。もちろん我々も、財政資金の効率化という点に無関心ではいけない。医師会や薬品業界の利益のみを最優先して健康保険制度や介護保険制度の改革を怠ったり、…我々は厳しく批判する。しかし何よりも問題なのは、『改革』論議が表面的な財政対策に終始し、社会保障制度が本来果たすべき目的に対して無関心になっている点にある。」（p.4）
- 26) 神野・金子編『福祉政府』への提言』では「財政をあくまでも手段として位置づけ、そもそも社会保障あるいは社会福祉の存在理由とは何かという本質的な問いに立ち返る必要がある。社会保障や社会福祉を我々は社会的セーフティネットと考える。社会的セーフティネットとは社会の構成員が、相互の協力と決定のもとに生存を保障する制度と定義しておく。」（p.5）と述べられている。
- 27) 『住民による介護・医療のセーフティネット』の「はじめに」では「社会保障改革で追求しなければならない持続可能性は、『人間の生活』の持続可能性である。財政収支の持続可能性ではない。社会保障財政は『人間の生活』の持続可能性を実現する目的のための手段にすぎない。手段と目的とを転倒させれば、存在理由を喪失してしまう。」「医療も介護も生理現象に異常が生じた場合の生活保障であることには変わりがない。実際、医療と介護を弁別することは不可能に近い。」「医療にしろ介護にしろ、人間の生理現象に異常を来したとき、つまり健康を害したときの社会的セーフティネットであることには変わるところがないのである。」と述べられている。
- 28) 2002 年度医療制度改革のうち老人医療に関して言及すると、02 年 10 月より、①対象年齢を 70 歳以上から 75 歳以上に段階的に引き上げる、② 70 歳以上の高齢者の患者負担を定率 1 割負担にする（ただし一定以上の所得のある者は 2 割負担）、③自己負担限度額を見直す、④医療費における公費負担の割合を 3 割から 5 割に段階的に引き上げる。一方、診療報酬については、老人の心身の特性を踏まえ、①不必要な長期入院を是正し、できるだけ入院医療から地域および家庭における医療への転換を促進する、②過剰な投薬、注射、点滴等を改め日常生活についての指導を重視した医療を確立する、③主として老人を収容している病棟については、それにふさわしい診療報酬を設定し、医療の適正化を図ることにより、適切な老人医療の確保と老人医療費の効率化に資することを基本的な考え方としている。
- 29) 辻哲夫「医療制度改革の目指すもの」（『読売クォーター』No.8、2009 冬号）
- 30) 高齢者の医療の確保に関する法律第 1 条「この法律は、国民の高齢期における適切な医療の確保を図るため、医療費の適正化を推進するための計画の作成及び保険者による健康診査等の実施に関する措置を講ずるとともに、高齢者の医療について、国民の共同連帯の理念

- 等に基づき、前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整、後期高齢者に対する適切な医療の給付等を行うために必要な制度を設け、もって国民保健の向上及び高齢者の福祉の増進を図ることを目的とする。」
- 31) 「後期高齢者医療制度の健診には、一部補助があるものの、基本的に国の負担金制度はなく、健診費用は、後期高齢者の保険料で賄うこととされている。これにともない、75歳以上の高齢者に対する市町村国民健康保険による人間ドッグ費用の補助を打ち切る自治体が続出した。」「75歳以上だと特定健診の対象にもならず、健診項目は最低限のものとなり、高齢者の疾病の早期発見は難しくなる。しかも、健診費用が後期高齢者の保険料で賄われるため、健診受診などが増え費用が増大すると、保険料の引き上げにつながる」となる。」(伊藤周平『後期高齢者医療制度』p.172)
- 32) 『日本の医療制度改革がめざすもの』は高齢者をめぐる医療保険制度の問題について、以下のように言及している。「老人保健制度の老人保健拠出金については高齢者の負担する保険料の部分が区分されていないので、負担の考え方が分かりにくいとか、老人保健拠出金は現にかかってしまった医療費を各医療保険制度を運営する保険者が老人医療の事業の実施を担当している市町村に拠出させられるばかりで結果的に財政責任を負うだけになっているなどと議論が絶えず、各医療保険制度の保険者、とりわけ市町村と離れた立場にある被用者保険の保険者から強い不満が出ていました。」その他に退職者医療拠出金の適用範囲、保険者の分立(単位)の問題があげられている。(p.126、p.128)
- 33) 「医を経済に合わせるのではなく、経済を医に合わせるのが、社会的共通資本としての医療を考えるときの基本的視点である。このような視点に立つとき、供給される医療サービスが、医学的な観点から最適ものであり、かつ社会的な観点から公正で、経済的な観点から効率的であるとすれば、国民医療費の割合が高ければ、高いほど、たんに経済的な観点からだけでなく、社会的、文化的観点からも望ましいものであるといつてよい。」(宇沢弘文「社会的共通資本としての医療を考える」宇沢・鴨下重彦編『社会的共通資本としての医療』東京大学出版会、2010年、p.30)
- 34) 『まちの病院がなくなる!?』の冒頭では、「本書では、医師不足など地域医療の問題を解決するために、医療現場で働く医師をはじめとする医療スタッフの視点に立った記述をしている。」「真面目に医療に取り組む医療スタッフが、より多くのやりがいを持って働くためには何が必要かという観点で論を進めている。」(p. iv)と述べられている。
- 35) 『地域医療』では「中核病院に医療機能を集約した以上、専門医の集まる中核病院で行われる医療は症状の重篤な急性期の患者の診療に限定していくべきである。余裕のある勤務態勢があって初めて良い医療が実現する。住民は、地域でかかりつけ医を持ち、真に専門医療が必要な人が中核病院で受診を行うという意識が必要である。」いくつかの事例から、地域の中核病院の負担を軽減させる観点で、地域の医師会や市町村が大きな役割を果たしていることを評価している。(p.238～p.246)
- 36) 『まちの病院がなくなる!?』では保健師の活動の重要性も指摘されている。「保健師(…)は、住民と医療機関をつなぐ重要な役割を担っている。」「住民が自らの健康についてよく学び、休日や夜間に医療を受ける際の知識やマナーなどは、保健師の行う健康づくりの活動において伝えるのが最も効果的と思われる。保健師が住民の健康に関する不安について、できるだけ伝えていくことが、結果として医療機関の負担を軽減していくことにつながる。」(p.84)
- 37) 『地域医療—再生への処方箋—』における自治体病院経営の豊富な実態調査のなかにはわずかがへき地診療所が含まれている。奈良県のへき地診療所6か所に関して、医師に焦点が当てられている。多くの診療所で常勤医師が1人で、孤立し、負担が非常に大きく、救急対応や代診体制も不十分で、医療が高度・専門化するなかで医療に関する知識や技術の向上の機会が不足している。自治体単位で医師を抱え込んでおり、「交通網の発達により生活圏が広域的になったのにもかかわらず、医療提供体制について自治体を越えた広域に設定する政策が欠けていた。」(p.87)と述べられている。
- 38) 伊関は藤沢町モデルに関して、医療と福祉の枠を超えて、「どのようにして高齢者の生活を支えるべきか」を追求している点を評価したうえで、「当然、すべての福祉施設を行政が持つべきというのではない。民間事業者が運営することがあって良い。重要なことは、各施設と医療機関が、密接に連携を図ることができるかである。」と述べている。(『地域医療—再生への処方箋—』p.230)
- 39) 伊関は「医療と福祉の中間的な施設である老人保健施設の役割がもっと見直されて良いと考える。」「夕張希望の杜の村上智彦医師は、自ら目指す予防医療や在宅医療の観点から、過大な病床数を持たず、有床診療所と老人保健施設を運営することにこだわった。有床診療所と老人保健施設の組み合わせも、医療法上の病院ではないが、これからの新しい『まちの病院(医療機関)』の形態の一つではないか。」と述べている。(『地域医療—再生への処方箋—』p.231)
- 40) 自治医科大学監修『地域医療テキスト』(医学書院、2009年)の「市町村の事例 Part2 (岩手県東磐井郡藤沢町)」で、執筆者である藤沢町民病院長の佐藤元美は「町としては、新しい病院の役割として高齢者の慢性疾患の診療を中心として、施設や在宅の医療を支えてほしいという考えがあった。しかし、国の政策は全国の病院のベッド数を削減して、入院期間を短縮して、入院医療は急性期医療を中心とする方向に大きく転換し始めていた。急性期の入院医療を担わなければ、経営的には病院は維持できない時代になっていた。そこで急性期の患者を積極的に受け入れ、診断し、治療する病院となることを決意した。」と述べている。
- 41) 岩手県の総世帯数(483,886)に占める65歳以上の高

高齢者単独世帯（一人暮らし）と高齢者夫婦世帯の割合は05年国勢調査で7.5%（36,115）、7.4%（35,718）で、合計14.9%である（岩手県ホームページ）。

- 42) 伊関は『地域医療——再生への処方箋——』（p.231～p.232）において病院と診療所を区別する20床の基準に関して、医療の高度・専門化の進んでいない時代に関連設定された点から疑問を投げかけ、19床の有床診療所では収益的に少なく非効率であることを指摘したうえで、地域にとって必要な医療を提供する医療機関づくりにとって、周辺の医療施設等の関係や現場の医師の意見などを重視して、入院患者の多くが高齢者となれば、30～50床の有床診療所という形態も、場合によっては検討に値すると述べている。

体を再建するか』自治体研究社、2008年

- ・ 星旦二・麻原きよみ編『これからの保健医療福祉行政論——地域づくりを推進する保健師活動——』日本看護協会出版会、2008年
- ・ 前田信雄『保健医療福祉の統合』勁草書房、1990年
- ・ 吉岡充・村上正泰『高齢者医療難民——介護療養病床をなぜ潰すのか——』PHP研究所、2008年
- ・ 若月俊一『若月俊一の遺言——農村医療の原点——』家の光協会、2007年

(2010年6月30日原稿提出)

(2010年9月14日受理)

【参考文献】

- ・ 伊関友伸『まちの病院がなくなる!?——地域医療の崩壊と再生——』時事通信社、2007年
- ・ 同『地域医療——再生への処方箋——』ぎょうせい、2009年
- ・ 伊藤周平『後期高齢者医療制度——高齢者からはじまる社会保障の崩壊——』平凡社、2008年
- ・ 宇沢弘文・鴨下重彦編『社会的共通資本としての医療』東京大学出版会、2010年
- ・ 遠藤久夫・池上直己編著『医療保険・診療報酬制度』勁草書房、2005年
- ・ 太田祖電・増田進・田中トシ・上坪陽『沢内村奮戦記——住民の生命を守る村——』あけび書房、1983年
- ・ 大山博・嶺学・柴田博編著『保健・医療・福祉の総合化を目指して——全国自治体調査をもとに——』光生館、1997年
- ・ 小笠原浩一・島津望『地域医療・介護のネットワーク構想』千倉書房、2007年
- ・ 金川佳弘『地域医療をまもる自治体病院経営分析』自治体研究社、2008年
- ・ 齊藤慎・山本栄一・一圓光彌編『福祉財政論——福祉政策の課題と将来構想——』有斐閣、2002年
- ・ 自治医科大学監修『地域医療テキスト』医学書院、2009年
- ・ 芝田英昭編著『国保はどこへ向かうのか——再生への道をさぐる——』新日本出版社、2010年
- ・ 神野直彦・金子勝編『「福祉政府」への提言——社会保障の新体系を構想する——』岩波書店、1999年
- ・ 同『住民による介護・医療のセーフティネット』東洋経済新報社、2002年
- ・ 神野直彦・井出英策編『希望の構想——分権・社会保障・財政改革のトータルプラン——』岩波書店、2006年
- ・ 辻哲夫『日本の医療制度改革がめざすもの』時事通信社、2008年
- ・ 日野秀逸『医療構造改革と地域医療（新版）』自治体研究社、2008年
- ・ 平岡和久・森裕之・初村尤而編著『財政健全化法は自治

Community Health Care Problems in Japan and Roles of Local Governments :

—— An Approach to Health Care in Rural and Depopulated Areas ——

Tajima KUWADA

Abstract

It is clear that sound health care administration is no longer maintained in prefectures, towns and villages of Japan. As such, the objectives of this article are to identify fundamental issues in community health care in Japan focusing on the relationship between central government, local governments, and citizens (patients) while being aware of the health care issues in depopulated areas and the role of local governments (municipal hospitals and clinics), and to obtain data for the study of such issues.

In this article, I will propose a hypothesis that the fundamental problem in community health care rests in the undergoing health care reform that focuses on reducing administrative and financial costs of central and local government (to improve economic efficiency) while ignoring patients (citizens). In line with this hypothesis, central and local government should therefore implement reforms in which patients are emphasized and play a central role, thereby eliminating the contradiction between objectives and means. Based on the above discussion, the integration of public health, health care and nursing care (welfare) can be raised as a basic community health care issue.

Key words

municipal hospitals and clinics, depopulated areas and their local governments, restructuring of municipal hospitals, integration of public health, health care, welfare